

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N° 21

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 novembre 1897, à 1 heure.

Par ÉDOUARD THÉBAUD

Né à Nantes le 1^{er} février 1871

Ancien interne des hôpitaux de Nantes (Médaille d'argent)

Lauréat de l'École de Nantes (1^{er} prix 1895, 2^e prix 1896, prix Marcé 1897)

PLACENTA PRÆVIA
PAR GLISSEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
GAUCHER et VARNIER, agrégés.*

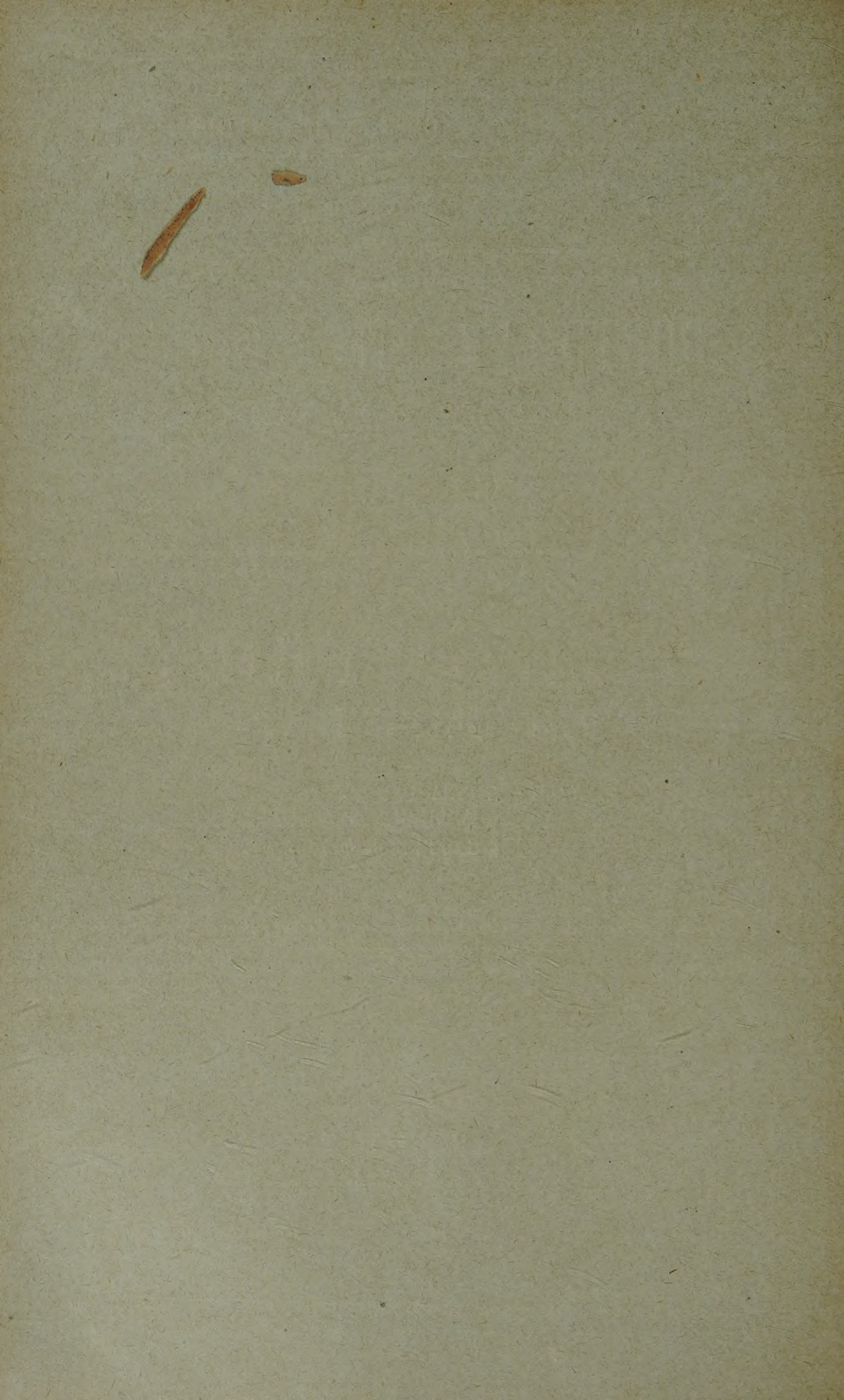
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1897



21

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 novembre 1897, à 1 heure.

Par ÉDOUARD THÉBAUD

Né à Nantes le 1^{er} février 1871

Ancien interne des hôpitaux de Nantes (Médaille d'argent)

Lauréat de l'École de Nantes (1^{er} prix 1895, 2^e prix 1896, prix Marcé 1897)

PLACENTA PRÆVIA
PAR GLISSEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
 { GAUCHER et VARNIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	}	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.		TERRIER.
Pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.		LANDOUZY
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANT EMESSE
	}	POTAIN.
Clinique médicale.		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Maladie des enfants.		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND.
	}	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique d'accouchements.		TARNIER.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNETHIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON FRÈRE ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MES TANTES

A MON ONCLE

A MES TANTES

A MES AMIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MON EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLEMET

Professeur de clinique obstétricale à l'École de Médecine de Nantes.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

PLACENTA PRÆVIA

PAR GLISSEMENT

INTRODUCTION

Nous avons consacré six mois de notre internat à la pratique exclusive des accouchements. Pendant ce temps, au mois de décembre 1896, nous avons observé à la clinique obstétricale de Nantes un cas d'insertion vicieuse du placenta, dans lequel, au moment de l'intervention, on dut traverser cet organe obstruant l'orifice cervical afin de pouvoir pénétrer dans l'utérus. A l'autopsie nous fûmes très surpris de trouver l'empreinte de l'insertion placentaire non sur la région péricervicale même, mais bien à plusieurs centimètres au-dessus de l'orifice.

Peu de temps après, par une coïncidence inattendue, M. le professeur Guillemet vit en ville une cliente du Dr Josso chez laquelle il put suivre pendant plusieurs jours le glissement, jusque sur l'orifice interne du col, d'un placenta, qui, primitivement, était inséré à cinq ou six cen-

timètres au-dessus de cet orifice. Il dut même le traverser au moment d'introduire le ballon dilateur de Champetier.

Ces deux faits nous remirent en mémoire l'opinion du professeur Pinard, à savoir que le véritable placenta prævia est une exception. En même temps, nous étions réduits à chercher une interprétation des phénomènes dont nous étions témoins.

Ce sont les résultats de ces réflexions que nous choisissons pour faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Après avoir relaté l'observation de M. Guillemet et la nôtre, nous chercherons à expliquer le mécanisme par lequel le placenta est venu se superposer à l'orifice cervical. Nous verrons ensuite que certains cas de décollement prématuré du placenta, inséré normalement, alors que ni la brièveté du cordon, ni l'albuminurie ne sont en cause, attribuables à un mécanisme analogue, peuvent servir de criterium aux faits précédents. Ces considérations nous conduiront tout naturellement à montrer combien il faut être réservé au point de vue du diagnostic de placenta inséré vicieusement centre pour centre. Enfin la théorie que nous prenons à tâche de développer et dont la clinique prouve la vérité, nous fera comprendre comment la rupture artificielle de l'œuf est logique quand il s'agit de traiter les hémorrhagies, dues à un décollement du placenta. Nous énumérerons en terminant les conclusions qui découlent de tout ce qui précède.

Avant d'entrer dans le développement de notre sujet nous considérons comme un devoir de reconnaissance d'offrir à nos maîtres de l'Ecole Nantes, nos sincères re-

merciements pour leurs leçons pleines d'intérêt et pour les conseils qu'ils nous ont toujours prodigués avec tant de complaisance.

Que M. le professeur Guillemet daigne agréer l'hommage de toute notre gratitude pour le bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études, et plus particulièrement au temps où nous avons l'honneur d'être son interne, et pour l'obligeance qu'il a mise à nous guider dans nos recherches. Nous apprécions vivement l'avantage d'avoir été son élève.

Que M. le professeur Pinard veuille bien accepter l'expression de nos sentiments les plus respectueux, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

DEUX OBSERVATIONS PROUVANT LA POSSIBILITÉ DU GLISSEMENT, SUR L'ORIFICE INTERNE DU COL, D'UN PLACENTA INSÉRÉ PRIMITIVEMENT A QUELQUES CENTIMÈTRES DE CET ORIFICE.

Observation I

Due à l'obligeance du Professeur Guillemet. Fibrome volumineux de l'utérus. Insertion primitivement basse du placenta. Glissement sur le col.

Le lundi 11 février 1897, à 8 h. du matin, je suis appelé par le Dr Josso auprès de l'une de ses clientes, M^{me} M..., primipare, âgée de 41 ans, mariée depuis 16 ans, arrivée au milieu, environ, du neuvième mois de sa grossesse.

M^{me} M..., grande, forte, colorée, a toutes les apparences de la santé, et de fait, n'a jamais fait de maladie sérieuse.

Réglée à 12 ans, elle l'a toujours été depuis très régulièrement mais très abondamment, au moins comme durée, l'écoulement durant huit jours ou même davantage. Le plus souvent, les règles, chez elle, ne s'accompagnent pas de douleurs, quelque-

fois cependant, les premiers jours surtout, M^{me} M..., souffre un peu du bas ventre, des reins, du haut des cuisses et ces douleurs coïncident avec l'expulsion dans le sang des règles de quelques caillots peu volumineux.

Du reste pas de pertes blanches, au moins d'une façon bien appréciable avant ou après les règles; pas d'écoulement séreux dans les intervalles des époques.

M^{me} M..., mariée à 25 ans, n'a jamais eu ni suppression de règles, ni troubles fonctionnels d'aucune sorte ayant pu faire supposer un début de grossesse ou une fausse couche.

Pour la première fois ses règles ne vinrent pas en juin 1896, la dernière époque ayant eu lieu le 17 mai, absolument normale comme abondance et comme durée.,

Cette suppression si nette et si brusque fut pourtant attribuée au premier abord à la ménopause, Mme M. ayant depuis longtemps cessé de croire à la possibilité d'une grossesse. C'était pourtant bien une grossesse dont les symptômes se déroulèrent d'une façon absolument régulière et complètement physiologique, n'amenant aucun trouble ni du côté de la santé générale ni du côté des voies digestives (pas de vomissements ni de constipation), ni du côté de la sécrétion rénale (pas d'albuminurie), ni enfin du côté des organes génitaux (pas la moindre menace de fausse couche, ni écoulement sanguin); lorsque ces jours derniers, Mme M. qui habite habituellement la campagne, étant venue à Nantes il y a une huitaine de jours pour y faire ses couches, l'accouchement, suivant son calcul devant avoir lieu vers la fin du mois, s'aperçut d'un léger suintement sanguin, par la vulve, et fit prévenir le Dr Josso.

Examen : Etat général, je l'ai dit, parfait; pouls, cœur, poumons, squelette parfaits; pas d'albuminurie.

Examen obstétrical : Mme M. est très volumineuse, le fond de l'utérus remonte à l'épigastre et s'étend en même temps largement dans les flancs. Ce qui frappe à première vue, avant tout palper, c'est la forme du ventre, qui semble aussi développé au niveau des fosses iliaques que sous les fausses côtes, la paroi semblant uniformément distendue et soulevée par une tumeur utérine ellipsoïde aussi largement développée au niveau de son segment inférieur que de son segment supérieur. La paroi abdominale est lisse avec quelques grosses vergetures, seulement à la partie inférieure.

OEdème sus-pubien assez considérable. — OEdème des membres inférieurs.

Palper. — La paroi abdominale, épaisse et très tendue, constitue déjà un obstacle au palper qui n'est pas facile et donne des résultats bizarres. La tumeur utérine volumineuse, tendue, est, comme l'indiquait l'inspection, très régulière dans son développement, mais ne donne pas immédiatement l'idée d'un utérus gravide normal.

Le segment inférieur, en effet, au lieu d'être relativement mince et effilé, avec tendance à s'accommoder au petit bassin à travers le détroit supérieur, offre un développement considérable, s'étendant d'une fosse iliaque à l'autre, et présente une épaisseur et une fermeté telles que malgré l'insistance, la patience et la douceur que je mets à la recherche de la partie qui se présente, il m'est impossible d'arriver à la déterminer. Ce segment inférieur forme une masse compacte au moins aussi volumineuse, mais plus épaisse et plus ferme que le fond de l'organe, soutenue sur le grand bassin d'une fosse iliaque à l'autre, et dans ce segment inférieur le palper ne permet pas de distinguer une partie ou un pôle fœtal quelconque. L'épais-

seur et la dureté de ce segment semblent cependant notablement plus considérables à droite qu'à gauche, et cette disposition remonte également plus haut à droite où elle atteint presque la corne droite, qu'à gauche où on retrouve la souplesse de la paroi utérine au tiers moyen, à peu près, de l'organe. Le fond de l'utérus, au contraire, présente ses qualités habituelles de souplesse et de rénitence et il est facile d'y constater la présence du siège fœtal avec les petites parties à droite. On peut suivre du reste le dos faisant suite au siège dans la partie gauche de l'utérus jusqu'au niveau du segment inférieur, où l'épaisseur de la paroi ne permet pas d'arriver sur la nuque et l'occiput. C'est du reste à droite et en haut que Mme M... sent remuer son enfant.

Auscultation. — Maximum des bruits du cœur fœtal un peu au-dessus et à environ trois travers de doigt à gauche de l'ombilic. Les battements sont vigoureux et réguliers.

Toucher. — Le toucher est sensible et exige assez de précautions : vulve étroite, grandes lèvres épaisses, un peu œdématisées, vagin étroit, plissé, formant un gros bourrelet épais et fermé autour du col, lequel est lui-même d'une fermeté anormale à la fin d'une grossesse. Situé presque au centre et à la partie supérieure de l'excavation, regardant un peu en arrière, ce col mesure environ deux centimètres de longueur ; il est légèrement dilaté *en bloc*, assez pour qu'on puisse suivre le canal cervical dans toute sa hauteur, comme chez une multipare, avec cette différence que l'orifice externe n'offre pas cet évasement spécial aux multipares, de même que l'orifice interne, contrairement à ce qui se passerait chez une primipare en travail, ne s'est pas dilaté. — Mme M... du reste dit ne ressentir aucune douleur ; et le segment supérieur de l'utérus,

seule portion où la main pourrait constater des contractions, ne manifeste aucun changement de forme ou de résistance, indiquant un commencement de travail. — Pas trace d'engagement; le segment inférieur de l'utérus est retenu tout entier avec la partie fœtale qu'il contient, au-dessus du détroit supérieur, et il faut pénétrer profondément pour arriver à atteindre ce segment inférieur au fond des culs-de-sac vaginaux. On retrouve alors là par le toucher, à travers la paroi vaginale, comme par le palper à travers la paroi utérine, un segment utérin épais et dur, surtout au niveau du cul-de-sac droit. — Le bassin est bien conformé; si loin que nous portions le doigt, nous n'atteignons pas le promontoire. Le sacrum est régulièrement concave. Rien d'anormal du côté du pubis ou des ischions. — En présence de conditions aussi anormales, étant donné l'intérêt qu'il y a à obtenir des renseignements aussi complets que possible sur l'état de l'utérus, de l'œuf et du fœtus, en vue d'une intervention probable, Mme M... perdant du sang depuis quelques jours, et pouvant être prise d'un instant à l'autre d'une hémorrhagie plus sérieuse, je me crois autorisé à faire le toucher intra-cervical, jusque sur l'œuf. Je n'ai pas besoin de dire que toutes les précautions antiseptiques ont été prises, tant de notre côté (lavage prolongé des mains et des avant-bras au savon et au sublimé) que du côté de la femme (toilette vulvaire minutieuse, injection vaginale abondante au sublimé). Disons tout de suite que cette injection était revenue, d'abord teintée de sang, puis très claire, et n'avait pas ramené de caillots, ce qui indique que l'hémorrhagie n'avait pas été jusqu'ici bien abondante. J'introduis donc l'index dans le col, suffisamment dilaté du reste, comme une sorte de *cylindre creux, rigide*, pour que cet examen ne soit ni laborieux pour

l'accoucheur, ni douloureux pour la femme, la douleur étant plutôt vulvaire. J'arrive facilement sur les membranes, et en promenant la pulpe de l'index sur le pourtour du col je ne trouve nulle part de cotylédons, mais je constate que les membranes semblent s'épaissir sur le bord gauche du col en remontant au-delà de ce bord.

Telles sont les données, assez bizarres, fournies par l'examen obstétrical. Et maintenant, que pouvons-nous en conclure ?

La grossesse, tout d'abord, ne fait pas de doute, les battements fœtaux, reconnaissables à leur rythme et à leur fréquence, suffisent, pour l'affirmer ; de plus le palper permet de déterminer la présence d'un siège au fond de l'utérus, avec les membres pelviens à droite.

Il semble y avoir une quantité de liquide amniotique assez considérable ; de plus c'est une présentation du *pôle céphalique* je ne dis pas *sommet* dans l'impossibilité où je suis de sentir la tête à travers le segment inférieur épais et rigide. Tout ce que je sais, c'est qu'il y a dans cet utérus, conformé d'une façon anormale, un fœtus vivant, qui a la tête en bas, le dos à gauche, le siège en haut.

La grossesse est arrivée au commencement du neuvième mois : nous sommes en effet au 11 février, Mme M. a eu ses dernières règles le 17 mai. Comme toujours ses règles ont duré une huitaine de jours, soit du 17 au 25. Il ne faudrait donc pas compter le terme de la grossesse avant la fin du mois ou les premiers jours du mois de mars.

Cela nous donnerait encore quinze jours à trois semaines pour atteindre ce terme. Il n'y a du reste encore aucun symptôme de travail.

Ce sur quoi on nous demande notre avis, c'est : 1° d'où vient

la perte de sang, peu abondante il est vrai, mais presque continue depuis le 5, c'est-à-dire depuis 6 jours ? 2° pourquoi n'y a-t-il pas d'engagement, le bassin étant bien conformé ? 3° d'où vient cette conformation ou cette disposition très anormale du segment inférieur de l'utérus ? 4° quel est le pronostic de l'accouchement ? 5° faut-il intervenir et comment ?

Ces différentes questions sont évidemment toutes liées les unes aux autres ou dépendantes plutôt les unes des autres.

D'où vient le sang ? évidemment d'un décollement, heureusement jusqu'ici fort limité, du placenta ; le sang en effet vient bien de l'utérus. Il est facile de s'assurer qu'il ne vient ni d'une rupture vasculaire de la vulve ou du vagin, ni du col. Quelle est la cause du décollement du placenta ? tout porte à croire qu'il est dû à une insertion vicieuse ou au moins basse du placenta.

On pourrait comprendre que l'extrême distension de l'utérus eût pu amener un décollement du placenta, même inséré assez haut sur la paroi utérine ; mais dans ce cas l'écoulement serait foncé, noirâtre ; le sang écoulé, au contraire, est plutôt rutilant et ne vient pas de loin avant de paraître à la vulve. De plus la distension anormale du segment inférieur semble bien indiquer qu'il est le siège de l'insertion placentaire, enfin le toucher intra-cervical fait pressentir le voisinage du placenta par la notion des membranes qui semblent aller en s'épaississant au-dessus de l'orifice interne, en avant et à gauche vers le segment inférieur.

A quoi est due la disposition anormale de ce segment inférieur ? Son volume serait en partie explicable par une insertion vicieuse, mais l'insertion qui expliquerait l'augmentation de

volume du segment inférieur, appréciable par le palper, et son épaissement, appréciable par le toucher, n'explique pas sa dureté.

La paroi utérine à ce niveau, non-seulement est très épaisse, mais elle est très dure, et cette épaisseur avec dureté est surtout marquée à droite, dans un point opposé à celui où le toucher me porterait à admettre l'insertion vicieuse. Serait-ce que le segment inférieur contiendrait avec le placenta une tête défléchie ? La présentation de la face expliquerait le volume plus considérable du segment inférieur et le défaut d'engagement ainsi que le niveau élevé du maximum des battements du cœur fœtal, mais non l'hypertrophie et la dureté de la paroi. De même une tête hydrocéphale expliquerait le volume considérable du segment inférieur et le défaut d'engagement, mais non l'épaisseur et la dureté de la paroi, s'étendant jusqu'au col, lui-même épais et rigide.

Ce que nous croyons pouvoir affirmer, c'est que dans le segment inférieur, dont la paroi antérieure droite est très hypertrophiée, *fibroïde*, si on veut, il y a à la fois une tête fléchie ou défléchie (nous ne sommes pas en mesure de faire le diagnostic sommet ou face) et un placenta. La coexistence de ces trois facteurs, *paroi hypertrophiée à droite, tête au milieu, placenta à gauche*, est bien suffisante à empêcher l'engagement, en l'absence surtout de toute contraction utérine et trois semaines avant terme, même chez une primipare.

Quant au pronostic, il nous paraît sérieux pour la mère et pour l'enfant surtout, parce que : 1^o l'hémorrhagie peut devenir abondante d'un moment à l'autre ; 2^o la rigidité du col nous fait craindre une dilatation laborieuse, malgré l'application d'un ballon dilatateur ; 3^o parée qu'une fois la dilatation produite,

nous nous demandons si la tête pourra s'engager ou si l'épaisseur anormale de la paroi utérine ne sera pas une cause de dystocie malgré la bonne conformation du bassin; 4° enfin, parce que nous nous demandons, en admettant que l'accouchement se fasse d'une façon satisfaisante, spontanément ou non, comment se passeront les suites de couches immédiates, soit au point de vue de la délivrance, soit plus tard au point de vue de la régression utérine.

Quant à la nécessité de l'intervention, elle ne fait pas de doute pour nous. Il nous semble peu probable que Mme M., étant donnée la rigidité non seulement du col, mais on peut dire de tout le segment inférieur, et le voisinage du placenta, puisse accoucher spontanément. Mais en raison de ce que la grossesse n'est pas à terme (il s'en faut bien une quinzaine de jours), que l'écoulement de sang n'a guère été jusqu'ici qu'un suintement, que l'utérus ne semble pas avoir la moindre tendance à se contracter, qu'enfin l'enfant ne court aucun risque, la poche des eaux étant intacte et les battements du cœur très bons, nous pensons que nous pouvons attendre, en ne perdant pas de vue Mme M. un seul instant. A cet effet, une sage-femme instruite est laissée auprès d'elle, et M. Josso s'engage à voir la malade, chaque jour au moins matin et soir. Les organes génitaux seront en outre l'objet d'une surveillance attentive au point de vue de l'asepsie, avec l'arrière-pensée d'une intervention prochaine.

Dès le lendemain vendredi 12 février, je suis demandé à cinq heures du soir, Mme M. vient d'avoir une perte plus abondante et à juste raison l'entourage s'inquiète. L'utérus est toujours inerté, le palper donne toujours les mêmes renseignements, il est du reste pénible au niveau du segment inférieur.

Il nous semble que le col s'est un peu dilaté, mais *toujours en bloc*, à la façon, comme nous le disions, d'un cylindre en caoutchouc épais et ferme qui subirait un écartement régulier dans toute la hauteur de son canal; en un mot il n'y a pas *disparition de l'orifice interne, ni formation d'un orifice de dilatation*. Pas plus d'engagement que la veille, vagin toujours étroit, plissé, vulve épaisse et sensible. Nous renouvelons avec soin l'examen intra-cervical et nous constatons qu'*au fond du canal cervical il n'y a toujours que des membranes lisses, paraissant épaisses et résistantes, légèrement tendues*, malgré l'absence de contractions utérines bien nettes, mais à coup sûr *il n'y a pas là de cotylédons*; et comme il n'y a pas non plus de caillots, il n'y a aucune chance d'erreur, *le placenta n'est pas, même par un de ses bords, sur le col*.

J'estime qu'il est temps d'intervenir pour la mère et pour l'enfant parce que le placenta se décollant sur une plus large surface, cette première perte un peu notable sera suivie probablement d'autres pertes de plus en plus abondantes.

Il est six heures et je quitte Mme M. et le Dr Josso pour aller chercher l'instrumentation nécessaire. Lorsque je reviens au bout environ de vingt minutes, on me dit que Mme M. a eu des coliques en mon absence; et devant moi il y a deux contractions utérines énergiques. Devant la répugnance de la malade et de son entourage pour une intervention, que l'apparition des douleurs leur fait considérer comme inutile je consens à attendre encore, mais en faisant observer au confrère que les conditions ne sont plus les mêmes et que désormais il y a lieu de considérer l'application d'un ballon dilatateur comme inévitable et que probablement le plus tôt sera le mieux.

En prévision de ce qui pourra survenir cette nuit, le ballon est aseptisé et tenu prêt dans la solution phéniquée.

A onze heures du soir, en effet, je suis redemandé. Voici ce qui s'est passé après mon départ. A sept heures : il y a eu quelques coliques, mais elles se sont bientôt ralenties, puis supprimées, et ces quelques contractions utérines n'ont eu d'autres résultats que d'augmenter, dans des proportions notables, le décollement du placenta, et on me fait appeler parce que depuis ce temps là l'écoulement sanguin, beaucoup plus abondant, est à peu près continu. En effet, une injection chaude de biiodure au quatre millième que je fais après toilette vulvaire, avant d'introduire le ballon de Champetier, ramène un énorme caillot mou et noirâtre, remplissant le vagin depuis déjà quelque temps. Je procède alors à l'introduction du ballon, sous le chloroforme.

Je trouve *cette fois au fond du col*, lequel, épais et rigide, n'a pas changé de disposition depuis mon précédent examen, *un cotylédon placentaire*, nettement reconnaissable par sa consistance fongueuse. Il m'est alors facile de reconnaître que le bord droit du placenta est descendu de gauche à droite sur l'orifice interne du col, ce bord droit affleurant actuellement la marge du col à droite. A ce cotylédon fait suite le reste du placenta dans la direction du segment inférieur de l'utérus à gauche. — Il m'est bientôt démontré qu'une assez grande étendue du placenta est décollée. En effet, quand j'essaie de pénétrer dans l'utérus avec les pinces armées du ballon, je sens qu'une portion notable du placenta se soulève avec les membranes autour du col, et j'éprouve une petite difficulté pour traverser l'œuf et venir appliquer le ballon dans l'utérus (dans la cavité ovulaire même).

Cette manœuvre amène l'écoulement d'une petite quantité de sang rutilant et d'une quantité insignifiante de liquide amniotique. Elle me permet de constater la présence de la tête dans le segment inférieur de l'utérus, mais très mobile et très élevée au-dessus du détroit supérieur.

A partir de ce moment l'hémorrhagie s'arrête, les contractions utérines se manifestent fréquentes, régulières et énergiques. A six heures du matin (samedi 13 février), sept heures après l'application du ballon, malgré les prévisions défavorables qu'on était en droit d'émettre, ce col long, gros et dur, a complètement cédé; la dilatation est complète et le ballon, tombé dans le vagin, vient faire saillie à la vulve, par sa portion allongée. Nous l'enlevons et la tête étant toujours mobile au-dessus du détroit supérieur, nous redonnons du chlorforme et nous nous mettons en devoir d'exécuter la version podalique comme moyen le plus prompt de terminer l'accouchement; la tête étant évidemment d'un volume tout au plus normal et le bassin bien conformé.

La main gauche introduite saisit le pied droit (antérieur) et l'amène facilement à la vulve; le siège avec le membre inférieur gauche relevé, suit; les bras légèrement défléchis sont aisément dégagés, ainsi que la tête. Notons tout de suite que les tractions sur le pied droit n'ont été ni violentes ni prolongées.

L'enfant, du sexe masculin, de volume moyen est flasque et décoloré, il ne crie pas, les battements du cœur sont très faibles. Il est évident qu'il a perdu beaucoup de sang du fait du large décollement du placenta qui s'est produit dans les dernières heures. Nous l'entourons de linges chauds et le soumettons aux tractions rythmées de la langue, en le plongeant à

plusieurs reprises dans un bain chaud, sans cesser les tractions. Ce n'est qu'au bout de quarante minutes de cette manœuvre (tractions rythmées de la langue) que les inspirations d'abord spasmodiques, brèves et très espacées, se rapprochent, se régularisent, deviennent plus profondes et qu'enfin la respiration s'établit d'une façon rassurante.

Pendant que nous étions occupé de l'enfant, le confrère Josso surveillait la délivrance, laquelle se faisait spontanément au bout d'environ vingt minutes. Le placenta, de volume moyen, est largement déchiré de son bord droit à son centre et présente là l'ouverture par laquelle nous avons d'abord introduit le ballon de Champetier, puis la main pour la version et qui a été traversé au retour par le fœtus. De ce bord, à huit ou dix centimètres de distance, les membranes sont également ouvertes. De ce bord au bord gauche, le placenta va en s'épaississant ; l'insertion funiculaire est plus rapprochée de ce bord gauche que du bord opposé.

Le fœtus et les annexes n'ont malheureusement pas été pesés ; n'ayant revu Mme M..., que plusieurs jours après son accouchement, je n'ai pas pu me procurer ces renseignements.

Immédiatement après la délivrance, j'examine par le palper l'utérus et cet examen me donne l'explication de la disposition si singulière du segment inférieur, pendant les derniers temps de la grossesse, du défaut d'engagement de la tête, malgré la bonne conformation du bassin et la présentation du sommet et probablement aussi de l'insertion vicieuse du placenta.

Après l'expulsion du fœtus, en effet, l'utérus était resté énorme, si bien que si je n'avais introduit la main pour l'extraction de l'enfant par un pied, on eût pu croire à la présence d'un second fœtus. Mais pendant le décollement du placenta,

l'utérus, au lieu de remonter en s'allongeant vers l'ombilic et le flanc droit, prend une forme bosselée, irrégulière et, après la délivrance, il est facile de s'assurer que ces bosselures correspondent à trois énormes fibromes ou à une tumeur fibromateuse en forme de trèfle, occupant tout le bord droit de l'organe ; la portion inférieure de la tumeur occupant le segment inférieur en se prolongeant vers le col, la moyenne le segment moyen, la supérieure s'étendant jusque sous la corne droite de l'utérus, toutes trois par conséquent superposées le long du bord droit de l'organe, en s'étendant un peu sur la face antérieure ; la tumeur moyenne, plus volumineuse que les deux autres et faisant une saillie notable au-dessus d'elles, ou mieux en dehors d'elles vers la fosse iliaque droite.

Il est facile dès lors de s'expliquer la conformation de la portion antérieure droite de l'utérus pendant la grossesse.

Ces trois fibromes (ou ce fibrome trifolié) s'étaient pour ainsi dire régularisés de forme par ce fait de l'hypertrophie générale de la paroi utérine et étaient arrivés à la fin de la grossesse à présenter une surface unie, régulière, mais, d'une grande épaisseur et d'une grande dureté, donnant à la face antérieure droite de l'utérus dans toute la hauteur (de la corne au col) une résistance et une épaisseur qui rendaient le palper absolument impossible de ce côté. Le col lui-même, infiltré pour ainsi dire en partie par le fibrome inférieur, présentait cet aspect cylindrique, rigide, si anormal que nous avons décrit et qui nous avait inspiré des craintes sérieuses au point de vue de sa dilatabilité.

Après l'accouchement et surtout après la délivrance, le retrait de l'utérus avait rendu aux trois tumeurs superposées leur individualité, toutes trois faisant autant de saillies distinctes

sur une paroi dont elles ne pouvaient suivre la régression immédiate, et de parenchymateuses qu'elles étaient en apparence pendant la grossesse, devenaient plutôt sous-séreuses. Du même coup l'existence de ces fibrômes expliquait l'insertion vicieuse du placenta dans une cavité utérine plus ou moins dilatée, avec une muqueuse plus ou moins altérée au moment de l'arrivée de l'ovule fécondé; et même enfin le défaut d'engagement de la tête, maintenue au-dessus du détroit supérieur, par la présence du placenta sur le segment inférieur à gauche, et l'épaisseur énorme de ce même segment à droite.

Enfin il est plausible d'admettre que cette tumeur fibromateuse avait été la cause de la stérilité pendant seize ans, par le fait d'une déviation utérine très prononcée, déviation qui avait pu être redressée à un moment donné par l'augmentation même de la tumeur.

Disons tout de suite que les suites de couches furent absolument normales; la perte de sang au moment de la délivrance fut même minime, malgré la double complication de l'insertion vicieuse et du fibrome. Ce n'est pas du reste la première fois que nous voyons la délivrance se faire *sans hémorrhagies* dans des utérus porteurs d'énormes fibrômes.

Le 23 février le palper abdominal me permet de retrouver très nettement les fibromes utérins, lesquels, bien que déjà notablement diminués de volume, maintenaient encore l'utérus très élevé, à deux ou trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

Un mois plus tard je revois Mme M.... Le palper ne permettait plus que de sentir le fond de l'utérus, en arrière du bord supérieur du pubis, mais le toucher vaginal permettait de retrouver sur le bord droit de l'organe, au-dessus du col bien

reformé, mais plus épais et plus ferme que de raison, une tumeur grosse comme une pomme d'api, vestige évident du fibrome inférieur, constaté immédiatement après la délivrance.

Il n'en est pas moins vrai que la régression de ces fibromes s'est faite parallèlement à celle de l'utérus, avec une rapidité exceptionnelle, et l'examen, pratiqué à un mois de distance, n'eut certes pas laissé soupçonner la disposition et le volume des tumeurs dans les derniers temps de la grossesse.

Observation II (Personnelle).

Décollement du placenta primitivement inséré bas et devenu prævia.

Version podalique à travers ce placenta. — Autopsie.

Dans la nuit du 7 au 8 décembre 1896, la femme A. G..., eut une perte de sang abondante dont la cause était pour elle l'effort qu'elle avait fait la veille. Elle avait en effet porté un fardeau très lourd. De plus elle avait dansé une grande partie de la journée. Cette hémorrhagie fut accompagnée de quelques douleurs rénales ; de sorte que se croyant sur le point d'accoucher, et effrayée par la quantité de sang qu'elle avait perdu, elle entra le lundi 8 décembre, dans l'après-midi à la Maternité clinique. Elle est aussitôt interrogée et voici ce qu'elle nous apprend : elle a marché de bonne heure et n'a jamais boité. Sauf une attaque d'influenza il y a deux ans elle jouit d'habitude d'une bonne santé. Réglée pour la première fois à 12 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis.

Pour la première fois au mois d'avril 1896 ses époques man-

quèrent. Nous avons donc affaire à une primipare, arrivée au commencement du neuvième mois de sa grossesse. Celle-ci évolua normalement jusqu'à ce moment. Notons seulement quelques vomissements, peu abondants, pendant les deux premiers mois ; et un léger nuage d'albumine dans les urines.

Nous examinons ensuite la femme A. G... : Le squelette est bien conformé, le ventre ne présente rien de particulier. L'utérus remonte à 32 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne et à trois doigts au moins au-dessus de l'ombilic. Le palper nous indique que nous avons affaire à une présentation du sommet en gauche transverse, et que l'engagement est nul.

Le maximum des bruits du cœur fœtal, révélé par l'auscultation, se trouve vers l'ombilic, à peu près au niveau de la ligne médiane. Au toucher nous ne trouvons rien d'anormal ni du côté du bassin, ni du côté de l'utérus ; nous trouvons un certain degré de dilatation (0,01 cent. environ), le col est effacé. A travers l'orifice on sent une masse mollassse peu nette.

Prenant en considération les renseignements que fournit le toucher, ainsi que l'hémorrhagie et le défaut d'engagement malgré l'absence de notions étiologiques précises, nous concluons presque certainement à une insertion vicieuse du placenta. Mais comme depuis dix-huit heures environ la femme ne perdait plus de sang, rien ne semblait inquiétant pour le moment. Nous décidâmes, après lui avoir fait donner une injection vaginale à 45°, de la laisser reposer et de faire un nouvel examen dès le lendemain matin.

Dans la nuit de lundi à mardi des hémorrhagies abondantes se produisirent. Mais la femme ne prévint pas. C'est le mardi matin, en passant dans le dortoir, que nous avons interrogé la

malade qui était dans son lit, et c'est là qu'elle nous a appris qu'elle avait perdu du sang pendant la nuit. En la découvrant, on trouve son lit et sa chemise remplis de sang. Nous faisons alors passer la femme à la salle de travail et après lui avoir fait donner un grand bain et une injection vaginale, nous l'examinons une seconde fois. La dilatation est un peu plus avancée que la veille (0,02 cent. environ), et l'orifice externe est très dilatable. Les doutes sur le siège de l'insertion placentaire ont complètement disparu, car on sent les cotylédons d'une façon très distincte. A partir de ce moment nous ne quittons plus la femme A. G..., et nous attendons, pensant que l'accouchement se fera bientôt. Mais au bout de deux heures environ, de volumineux caillots sont expulsés, suivis d'un écoulement sanguin en nappe très abondant. Effrayé par ces hémorrhagies répétées et connaissant le pronostic sombre des insertions du placenta sur le segment inférieur après avoir pris conseil de la sage-femme, nous décidons de faire prévenir immédiatement le professeur Guillemet, qui arriva quelques instants après, c'est-à-dire vers 3 h. 1/2 du soir. Il nous dit que la conduite à tenir consiste à extraire le fœtus par la version si l'état du col le permet, sinon à provoquer la dilatation à l'aide du ballon de Champetier de Ribes. M. Guillemet confirme notre diagnostic après avoir touché du doigt les cotylédons du placenta et constate que le col, incomplètement dilaté, est très dilatable. Ensuite il constate par l'auscultation que les battements du cœur fœtal qui étaient très distincts le matin, ont à peu près disparu. La situation étant dangereuse pour la mère et pour l'enfant, il introduit sans tarder la main gauche pour aller saisir le pied droit ou antérieur. Il rencontre d'abord un obstacle pour franchir la vulve qui présente une étroitesse très marquée, puis il

arrive sur le col qu'il franchit sans difficulté. Il constate que le placenta est décollé sur une très large surface et qu'il observe le col, le bord gauche dépassant à peine l'orifice cervical, le bord droit remontant sur la paroi droite de l'utérus. M. Guillemet traverse immédiatement le placenta et les membranes et va au fond et à droite de l'utérus saisir le pied antérieur, et il l'amène sans difficulté à la vulve, la version se faisant avec une aisance remarquable, mais le passage de la vulve par la main tenant le pied est encore un peu laborieux.

Le fœtus sort en sacro-iliaque droite antérieure, le pied tiré amène à sa suite d'abord la hanche correspondante, puis le siège avec la jambe gauche encore fléchie, le tout dilatant l'orifice. Les épaules sortent ensuite assez facilement, d'abord l'antérieure ou droite, puis la postérieure ou gauche. La tête, en occipito droite, franchit très bien le col, mais arrivée en occipito-pubienne à la vulve, le dégagement est très pénible, toujours à cause de l'étroitesse de l'orifice, et ce n'est qu'au bout d'un temps assez long, qu'à force de patience, le menton est dégagé au niveau de la fourchette.

L'enfant ne respire pas, il ne fait aucun mouvement et présente une teinte bleuâtre. De rares pulsations cardiaques montrent seules qu'il n'est pas absolument mort. On fait des tractions rythmées de la langue, on le met dans un bain chaud. Au bout d'un quart d'heure tout signe de vie a cessé, l'enfant est abandonné.

L'enfant est très bien constitué et ne présente aucune lésion importante.

La mère présente une rupture du périnée étendue.

L'anus est intact.

L'extraction du fœtus est suivie d'une perte de sang abon-

dante. La délivrance artificielle est opérée immédiatement, sans difficulté. Elle est suivie d'une hémorrhagie très abondante. La femme est très anémiée et très abattue. Le poulx est filiforme et fuit sous le doigt, le corps se refroidit sensiblement.

Traitement. — Une injection vaginale de plusieurs litres d'eau bouillie à 50° arrête l'hémorrhagie. Deux injections de 1 gramme d'ergotine. Deux injections hypodermiques d'éther et deux de 0,40 cent. de caféine. Injection intra-musculaire de 800 grammes de la solution dite sérum artificiel. Injection rectale de 500 grammes de la même solution en plusieurs fois. Nous nous disposions à en injecter d'autre, mais les extrémités de la malade sont froides, la circulation se relentit, la respiration est précipitée et saccadée, et la malade meurt à huit heures et demie, après quatre heures de lutte.

Examen de la délivrance. — Le placenta, d'un poids de 900 grammes, étalé, présente une minceur remarquable, excepté dans une portion limitée qui est au contraire assez épaisse.

Les membranes, très épaisses, surtout à mesure qu'on se rapproche des bords placentaires, sont complètes. Le cordon, d'un volume normal, d'une longueur de 0,55 cent. a une insertion légèrement excentrique.

Autopsie. — Nous l'avons faite, non seulement au point de vue de l'appareil génital, mais nous avons examiné tous les viscères.

Le cœur est très gras, plus qu'à l'habitude chez les femmes enceintes. Entre les deux ventricules il y a une graisse abondante. La fibre musculaire est dégénérée. Le ventricule droit est mou et aminci. Le cœur gauche est hypertrophié. Le cœur est gros, il pèse 310 grammes au lieu de 275, chiffre moyen, généralement admis.

Adhérences pleurales du côté gauche. Poumons sains.

Le rein gauche est gros et blanc, le droit est petit et mou et il y a une goutte de pus dans le bassin, altération évidemment antérieure aux derniers temps de la grossesse.

Le foie est diminué de volume, il pèse 1250 grammes au lieu de 1500. Il a subi la dégénérescence graisseuse. Ces lésions nous font présumer que la femme était alcoolique.

Organes génitaux. — Il y a une déchirure sur la paroi droite du vagin. Il y a un caillot volumineux dans le vagin. L'utérus est mou et exsangue. Il y a dégénérescence graisseuse des parois. Le col était déchiré à la partie postérieure restée rigide et épaissie. On trouve des caillots très nombreux dans la cavité, chaque orifice vasculaire est occupé par un caillot.

On constate, en considérant l'empreinte du placenta, qu'il était inséré sur la face antérieure et surtout sur le bord droit au niveau du segment moyen avec prolongement sur le segment inférieur du même côté. Notre étonnement, en ne trouvant pas sur le segment inférieur lui-même et jusqu'au col de traces d'insertion placentaire, fut tel que nous nous livrâmes d'une façon méticuleuse à la recherche et à la délimitation de cette insertion. Nous venons de dire que la plus grande partie du segment inférieur était indemne d'insertion placentaire, la portion attenante au segment moyen en avant et à droite présentant seule des traces de cette insertion. Entre cette région et le col nous trouvâmes bien des reliefs, qui, au premier abord, pouvaient donner l'illusion d'une insertion placentaire à ce niveau, mais un examen plus approfondi nous fit reconnaître que ces reliefs n'étaient autre chose que les saillies, à la surface interne de l'utérus, de sinus développés autour du placenta maternel, saillies rendues plus appréciables

par la minceur de la paroi utérine à ce niveau. Et même dans les points où ces saillies vasculaires étaient le plus évidentes, la paroi utérine était lisse, non tomenteuse, sans érosions d'aucune sorte, sans aucun vaisseau béant, rien, en un mot, qui fût l'indice que dans ce point il y avait eu insertion placentaire. Plus haut au contraire sur la face antérieure et sur le bord droit du segment moyen (segment facilement reconnaissable par son épaisseur à la coupe) empiétant légèrement sur la partie supérieure du segment inférieur, mais restant distant encore d'au moins cinq à six centimètres de l'orifice cervical, les vestiges de l'insertion placentaire sont absolument reconnaissables par l'aspect tomenteux, vasculaire, inégal, de la surface utérine à ce niveau. Nous ajouterons que dans ce point il est facile de délimiter la surface d'insertion placentaire.

Telles sont ces deux observations, leur lecture ne peut laisser aucun doute dans l'esprit ; dans ces deux cas, le placenta, au moment de l'intervention, recouvrait largement le col, cependant dans un cas comme dans l'autre, cette superposition du placenta au col n'était que secondaire. Dans le premier cas, les examens antérieurs avaient permis de reconnaître l'insertion placentaire à plusieurs centimètres au-dessus du col, à gauche et en avant. — Dans le second cas, l'autopsie nous a permis de reconnaître de visu les traces de l'insertion placentaire également à plusieurs centimètres au-dessus du col, en avant et à droite. Tels sont les faits ; et quelle que soit l'explication, quand même le mécanisme que nous donnons ne semblerait pas, pour quelques-uns, en donner une explication suffisante, les faits n'en resteront pas moins là pour prouver qu'il existe une forme de placenta prævia par glissement en prenant cette dénomination de prævia dans son sens le plus strict.

Nous avons le droit d'intituler notre thèse : *placenta prævia par glissement* après avoir donné minutieusement les deux observations sur lesquelles nous basons notre travail.

Voyons maintenant par quel mécanisme nous croyons pouvoir expliquer ce glissement du placenta.

CHAPITRE II

MÉCANISME DU GLISSEMENT. — RÔLE DE LA TENSION DES MEMBRANES.

De tout temps on s'est préoccupé de savoir sur quel point de la surface interne de l'utérus l'ovule fécondé venait se greffer d'habitude, autrement dit quel était le lieu de l'insertion normale du placenta. Jusqu'à Portal les accoucheurs pensaient que cette insertion se faisait presque toujours au fond de l'utérus. Portal montra que n'importe quel point de la cavité utérine pouvait servir à cette insertion. Il semble démontré aujourd'hui que le plus habituellement l'insertion placentaire siège sur la face antérieure ou sur la face postérieure de l'utérus, rarement sur les bords. Toutes les fois que le placenta empiète sur la partie inférieure de la matrice on dit improprement qu'il y a insertion vicieuse, ou trop catégoriquement qu'il y a placenta prævia. On s'est toujours, et à juste titre, effrayé des accidents liés à ces insertions que, pour ne préjuger de rien, nous nous contenterons d'appeler tout simplement insertions basses. Mais quelles sont les

limites dans lesquelles le placenta devra être compris pour être considéré comme étant inséré bas, quelle est par conséquent la zone dangereuse ? Disons de suite que toutes les fois que le placenta empiètera sur le segment inférieur il y aura insertion basse, et que plus la portion de ce segment inférieur recouverte par le gâteau placentaire sera grande, plus le danger augmentera. Il est donc indispensable de bien comprendre ce qu'il faut entendre par segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse. Pour cela étudions le travail de M. Varnier paru dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* de 1887 sur *le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement*.

Après avoir prouvé que le segment inférieur de l'utérus n'était pas formé aux dépens du col dans les derniers mois de la grossesse, comme le croyaient Bandl, Mauriceau et Rœderer, M. Varnier s'exprime ainsi : « Si nous considérons l'épaisseur de la paroi utérine sur la coupe du corps nous voyons qu'elle est variable suivant les régions et qu'on peut à ce point de vue diviser l'utérus en trois zones distinctes : une zone inférieure, une zone moyenne, une zone supérieure.

« L'épaisseur de la paroi de la zone inférieure, très inférieure à celle du col, est notablement moins considérable que celle de la zone moyenne ; la différence peut aller de 5 millimètres à 1 centimètre.

« Cette différence d'épaisseur cesse en général assez brusquement à 5 ou 7 centimètres au-dessus de l'orifice interne sans qu'il existe cependant à l'union des deux zones un anneau saillant reconnaissable à la coupe.

« Lorsqu'on cherche à décoller le péritoine de la paroi
« antérieure de l'utérus depuis sa réflexion, on constate
« qu'on ne peut le décoller facilement que jusqu'au ni-
« veau du point où se fait le changement d'épaisseur pré-
« cédemment signalé, c'est-à-dire à 5 ou 7 centimètres
« au-dessus de l'orifice interne.

« Ce fait est constant. De telle sorte qu'à défaut d'un
« changement d'épaisseur notable la ligne d'adhérence
« du péritoine à la musculature utérine peut servir à
« délimiter la zone moyenne de la zone inférieure ou seg-
« ment inférieur.

« Le segment inférieur est en effet toute cette partie
« du corps de l'utérus qui s'étend entre l'orifice interne
« du col intact et le point où le péritoine adhère intime-
« ment à la fibre utérine, où cesse l'amincissement de
« la zone inférieure pour faire place à l'épaississement de
« la zone moyenne ».

Le professeur Pinard a traduit ces limites en disant que, d'une façon générale, toutes les fois que les membranes tendues mesuraient moins de 10 centimètres sur leur plus petit côté entre leur bord libre et le bord placentaire, il y avait insertion sur le segment inférieur d'au moins une partie du placenta. Plus ce petit côté de membranes diminuera d'étendue, plus le placenta sera inséré bas, et par conséquent plus les dangers augmenteront.

Un des accidents le plus à craindre et le plus redoutables est l'hémorrhagie. C'est aussi le plus fréquent. Certains auteurs l'ont même considéré comme inévitable. Nombreuses sont les explications données pour montrer la source

de ces hémorrhagies liées à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

Ainsi Mathews Duncan (*Edinburgh Medical Journal*, nov. 1873) l'attribue à plusieurs causes. Il croit, en se fondant en partie sur ses observations personnelles, qu'on a abusé du décollement du placenta pour expliquer la production de l'hémorrhagie et il reconnaît quatre sources à l'hémorrhagie dans le cas de placenta inséré bas. Elle a lieu, pour lui : 1° par rupture d'un vaisseau utéro-placentaire au niveau ou au-dessus de l'orifice interne de l'utérus ; 2° par rupture d'un sinus marginal utéro-placentaire dans l'aire de détachement prématuré, spontané ; 3° par la séparation partielle du placenta à la suite d'une cause accidentelle, un choc ou une chute ; 4° par la séparation partielle du placenta, conséquence des contractions utérines qui déterminent une légère dilatation de l'orifice utérin (M. D. *Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique*, traduction Budin, 1876).

Nous n'avons pas la prétention de discuter la valeur de cette classification, ni de rechercher la fréquence relative de chacune de ces causes. Disons seulement que le décollement partiel du placenta est une cause extrêmement fréquente d'hémorrhagie dans les cas d'insertion basse du placenta. Alors le champ est largement ouvert à la discussion pour expliquer le mécanisme du décollement du placenta, source de l'hémorrhagie, et les théories abondent. Nous ne les passerons pas toutes en revue, mais citons les plus connues :

Jacquemier dit que le décollement prématuré du placenta dans les cas d'insertion vicieuse résulte du défaut

de parallélisme entre le développement du placenta et celui du segment inférieur qui s'amplifie d'une manière très marquée à la fin de la grossesse. Cette opinion a été développée par Depaul qui admet que le placenta ne peut suivre le développement des parois.

Mathews Duncan, dans l'ouvrage déjà cité, traduit par Budin, s'exprime ainsi : « L'expansion de l'orifice interne
« du col au moment du travail, est le résultat des con-
« tractions utérines (les fibres circulaires de la partie
« inférieure du corps de l'utérus, ou bien sont relâchés,
« tandis que les longitudinales sont contractées, ou bien
« leur contraction est vaincue par celle plus puissante
« des fibres longitudinales).

« Pendant le travail, chaque portion de la surface du
« corps de l'utérus se contracte dans quelque direction
« et je ne connais aucun fait, ni aucune raison indiquant
« qu'une partie se contracte plus qu'une autre. Or, dans
« un endroit comme dans l'autre, cette force de rétrac-
« tion est impuissante pour décoller le placenta. Sans
« cela, dans n'importe quelle insertion placentaire la dé-
« livrance précéderait l'accouchement. Après la sortie
« de l'enfant, il n'en est plus de même. Le placenta peut
« se détacher spontanément de l'utérus de différentes
« façons, soit parce qu'il y a une hémorrhagie utéro-
« placentaire qui le pousse au dehors, soit parce qu'il
« est entraîné par une traction sur le cordon ombili-
« cal ; mais le mécanisme habituel de sa séparation est
« la contraction de la surface sur laquelle il s'in-
« sère.

« Dans les cas de placenta prævia, aucun de ces mé-

« canismes n'est le vrai, celui qui agit *c'est l'expansion de la surface d'insertion.* »

Barnes admet que le placenta se développerait très rapidement et n'aurait pas la place suffisante ; en outre, il faudrait tenir compte d'une espèce de congestion périodique qui se produirait chaque mois au niveau du placenta.

Ces théories sont ingénieuses. Quelle part de vérité revient à chacune d'elles ? Ce n'est point ici la place de les discuter ; là n'est pas notre but et nous craindrions de trop nous écarter de notre sujet. Du reste d'autres l'ont fait. Ouvrons les classiques, chacun les passe en revue et les apprécie ; en outre à elles seules elle forment un chapitre de plusieurs thèses ; entre autres celle de Mlle B. Dylion (1890). En tous cas elles n'expliqueraient en rien le glissement placentaire qui fait l'objet de la présente étude.

Il nous reste une théorie, fort intéressante, celle *de la traction et du glissement consécutif du placenta.*

Disons-le par anticipation, c'est celle à laquelle nous nous rendons. Elle fut émise par Schröder qui incrimine le glissement de la paroi utérine sur l'œuf, mais les explications qu'il fournit s'appliquent surtout aux hémorragies survenant au cours du travail. A notre avis il confond la cause avec l'effet. Comme on le verra plus loin, ce n'est pas la paroi utérine qui glisse sur le placenta, mais bien le placenta qui glisse sur la paroi, tiraillé qu'il est par la tension des membranes.

La théorie émise par le professeur Pinard permet d'expliquer l'hémorragie de la grossesse comme celle qui se

produit pendant le travail. En effet, qu'il se produise une pression quelconque sur l'œuf, une contraction utérine indolore, comme cela a lieu dans les derniers mois de la grossesse, cette action se fera sentir sur la masse ovulaire tout entière, notamment au niveau du segment inférieur en voie d'ampliation. Supposons le cas d'une insertion du placenta sur la zone moyenne de l'utérus et encore bien mieux sur la zone supérieure, l'extensibilité de toutes les membranes est mise en jeu et par contre la pression s'atténue en s'exerçant sur une large surface. De sorte que le tiraillement exercé sur le placenta est anéanti ou est insuffisant pour provoquer son décollement. Il n'en est plus de même dans les cas d'insertion basse du placenta, sur le segment inférieur. Dans ces conditions, en effet, nous avons d'un côté une grande surface de membranes, de l'autre, une surface minime. On comprend facilement alors qu'en raison de l'inégalité d'étendue des membranes, du col aux bords placentaires, l'élasticité de ces membranes soit inégalement sollicitée, et que, par conséquent, elles soient exposées à céder et à rompre dans le point le moins soutenu, c'est-à-dire au niveau de l'orifice cervical. Si au contraire elles résistent, leur élasticité, plus grande du côté où elles sont le plus étendues, rend leur tension inoffensive pour le bord placentaire correspondant, tandis que du côté opposé, leur faible longueur transmet au bord placentaire la traction subie par ces membranes et amène le décollement de ce bord placentaire.

« L'amnios peut bien glisser sur le chorion dans toute
« son étendue et ce fait, dit M. Pinard, se produit assez

« souvent, ce qui explique comment, dans certains cas, on
« trouve l'amnios décollé sur une étendue plus ou moins
« considérable de la face fœtale du placenta et retroussé
« jusqu'au cordon. Mais le chorion ne peut glisser sur la
« caduque qu'en tirant sur le placenta. » Donc, dans le
cas qui nous occupe, deux choses peuvent se produire; ou
bien les membranes sont peu résistantes et la pression
assez énergique; celles-ci cèdent alors; ou bien les mem-
branes résistent et le placenta se décolle. Ce qui est la
confirmation de ce que nous avançons plus haut (*Annales
de gynécologie, mai 1886. De la rupture prématurée
dite spontanée des membranes de l'œuf humain.* — Pi-
nard).

En effet les anciens accoucheurs, sans s'expliquer le
phénomène, avaient remarqué que quand la poche des eaux
était rompue il n'y avait pas d'hémorrhagie, que si l'hémor-
rhagie était déjà constituée, la rupture spontanée ou ar-
tificielle des membranes faisait cesser l'écoulement san-
guin aussitôt. Les deux observations, précédemment re-
latées, en sont encore une preuve évidente. Nous ne croyons
pas que ce rôle de membranes dans le décollement pré-
maturé du placenta soit beaucoup mis en doute aujour-
d'hui.

Voilà donc un point bien établi, les tiraillements, exer-
cés sur le placenta par la traction des membranes, pro-
duisent le décollement d'une portion plus ou moins éten-
due du placenta. Ce qui prouve la réalité de ce fait,
c'est d'abord le raisonnement, puis ce sont les observations
cliniques.

Allons plus loin, est-ce que l'action des membranes est

anéantie par le décollement d'une première portion de placenta? Non évidemment, car, dans la plupart des cas, l'hémorrhagie se produit d'une manière intermittente, chaque nouvel écoulement correspondant au décollement d'une nouvelle portion de placenta. Où s'arrêtera la série de ces décollements successifs, quand la force de traction des membranes sera-t-elle épuisée? On peut dire qu'il n'y a pas de limites; en effet la traction se fera sentir de proche en proche des portions décollées du placenta aux portions encore adhérentes; celles-ci se décolleront à leur tour, et à mesure de son décollement le placenta s'étirant glissera sur la paroi utérine dans le sens de la traction primitive, c'est-à-dire sur le col. Ce glissement peut être tel que le bord du placenta gagne l'orifice interne, puis le dépasse et arrive sur la face opposée du segment inférieur; il recouvre alors l'orifice interne, n'ayant avec lui qu'un rapport de superposition, autrement dit il est devenu placenta *prævia* par contiguité. Le doigt, introduit à ce moment dans la cavité cervicale, rencontrerait sûrement des cotylédons et on conclurait à un placenta *prævia*. Il est bien en effet *prævia*, puisqu'en ce moment il est interposé entre le fœtus et le chemin qu'il doit suivre pour arriver au dehors, mais au début de la grossesse, même à la fin, lors de la première hémorrhagie, ce placenta que nous venons de suivre dans les phases de son décollement, puis de son glissement, rentrait dans la catégorie de ce qu'on est convenu d'appeler placenta inséré vicieusement, variété marginale si même on n'avait pas affaire à une simple insertion basse du placenta, primitivement assez distante encore de l'orifice cervical. Nous l'appellerons *prævia*

par glissement. Nécessairement dans ces cas on trouvera le placenta plus ou moins tendu au-dessus du col.

Il nous semble facile de prouver la vérité de ce que nous avançons.

En effet de la théorie de M. le professeur Pinard sur le décollement du placenta, inséré bas, à conclure au glissement du placenta, il n'y a qu'un pas ; en effet, c'est le second degré du décollement du placenta par tiraillements sur les membranes. Si on s'en tenait là, on resterait entouré des nuages de l'hypothèse ; mais la clinique, dont les droits priment tous les autres, nous montre clairement la vérité.

Dans le cas observé par M. Guillemet (obs. I. chap. I en effet l'accoucheur appelé, comme cela a lieu si souvent au dernier moment, la femme ayant déjà eu des hémorragies abondantes, le col ayant subi un certain degré de dilatation, l'accoucheur, disons-nous, trouvant le placenta *superposé au col* par toute une portion de sa surface, eût été tenté d'admettre une insertion *sur le col*, sinon *centrale au moins partielle* ; or les premiers examens que notre maître a pratiqués, examens contrôlés par son confrère dont il a exprès sollicité l'attention sur ce point, ces examens lui ont surabondamment prouvé qu'il n'en était rien. *Jusqu'au dernier moment*, jusqu'à ce qu'il y ait eu des contractions utérines un peu énergiques, susceptibles d'amener *une tension un peu forte des membranes ovulaires*, non seulement le toucher intracervical, utile dans ce cas, lui a permis d'établir que le placenta n'était pas en rapport avec l'orifice interne du col, mais qu'il n'était même pas dans le voisinage *immédiat* de cet ori-

fice cervical. C'est donc par *glissement* que, peu à peu, le bord placentaire, voisin du col, tirailé par les membranes tendues sous l'influence des contractions utérines, est descendu vers l'orifice cervical, puis l'a obstrué, puis enfin a pu passer par dessus et dépasser cet orifice du côté opposé de façon à donner l'illusion complète d'une *insertion primitive sur le col*.

Ce fait nous explique comment on éprouve souvent une petite difficulté pour traverser la portion du placenta qui recouvre le col, soit qu'on veuille introduire le ballon de Champetier, soit qu'on veuille faire pénétrer la main pour la version. — Dans ce cas, en effet, la portion placentaire à traverser, à rompre, se laisse parfois soulever, n'offre pas à la main ou à l'instrument la résistance qu'on s'attendait à rencontrer. C'est que le décollement d'une portion, parfois étendue, du placenta ayant précédé son glissement sur le col, lorsqu'on est appelé tardivement à intervenir, on rencontre un placenta ou une portion étendue de placenta n'ayant pas d'insertion sur la région avec laquelle il est en rapport accidentel secondaire, en sorte qu'il se laisse soulever, qu'il fuit vers la cavité utérine.

Notre observation personnelle, recueillie à la clinique obstétricale de Nantes (obs. II. chap. I) n'est pas moins instructive. La femme A.G. entrée seulement au moment du travail, et ayant déjà eu des hémorrhagies abondantes présentait à l'examen intracervical un placenta recouvrant totalement l'orifice interne. Nous avons conclu à une insertion du placenta sur le segment inférieur centre pour centre, ou à peu près. Telle serait encore notre opi-

nion sans l'autopsie. Celle-ci nous a permis de faire un diagnostic rétrospectif plus exact, elle nous a en effet démontré que l'insertion non seulement n'était pas sur le col, mais même que le bord inférieur du placenta, dans le point où il était le plus rapproché du col, en était bien encore distant d'au moins six centimètres. Il avait donc fallu que le placenta ait glissé de la zone supérieure du segment inférieur, jusqu'au delà du col, c'est-à-dire de six centimètres, plus toute l'étendue de la dilatation du col, c'est-à-dire encore cinq à six centimètres, soit en tout onze à douze centimètres. On comprend qu'un pareil glissement ne peut se produire qu'aux dépens d'un décollement considérable, même en tenant compte de l'allongement, de l'étirement de la partie décollée.

On conçoit donc que, dans ces cas, si on mesurait l'étendue de l'insertion vicieuse du placenta par la portion des cotylédons en rapport avec le col, superposée à l'orifice cervical, on commettrait une singulière erreur.

CHAPITRE III

PREUVE DU RÔLE DE LA TRACTION OPÉRÉE PAR LES MEMBRANES, TIRÉE DE CERTAINS CAS DE DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA INSÉRÉ SUR LES ZONES MOYENNE OU SUPÉRIEURE DE L'UTÉRUS. — OBSERVATIONS.

Plusieurs causes peuvent produire le décollement prématuré du placenta inséré en un point quelconque de l'utérus situé au-dessus de la limite supérieure du segment inférieur. L'une des principales, c'est l'albuminurie, cette cause était déjà signalée par Mauriceau. On admet généralement que l'albuminurie agit dans ce décollement, en déterminant une hémorrhagie intra-placentaire qui fuse entre le placenta et la paroi utérine et qui pousse le placenta en bas. La seconde cause est la traction opérée sur le placenta par le cordon ombilical, soit que le cordon ait une brièveté naturelle très marquée, soit que celui-ci d'une longueur normale ou supérieure même à la normale, s'enroulant une ou plusieurs fois autour du cou de l'enfant ou d'une autre partie fœtale, devienne par là même trop court.

Sur les treize observations rapportées par Dumarçet l'albuminurie a agi d'une manière indiscutable dans 11 cas; dans les deux autres cas, c'est la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon qui a produit le décollement prématuré du placenta. (*Ribemont*).

Le Dr V. Bué, chef de clinique obstétricale à la faculté de Lille (*Archives de tocologie et de gynécologie*, juillet 1894), explique le décollement prématuré du placenta inséré normalement par les deux causes précédentes et de plus invoque d'autres mécanismes :

L'hydramnios agirait de deux façons : 1° en dilatant brusquement l'utérus, et le placenta ne pourrait suivre ce développement; 2° en forçant l'utérus à se rétracter trop vite pour que le placenta puisse le suivre, lorsque le liquide amniotique vient à s'écouler brusquement.

La grossesse gémellaire, après l'expulsion du premier fœtus, agirait de la même façon.

Dans le même ordre d'idées, dans une présentation du siège lorsque la tête seule s'attarde dans la cavité utérine, le muscle peut revenir trop vite sur lui-même et décoller prématurément le placenta.

Enfin il parle de causes inconnues et cite comme exemple sa première observation.

Selon nous il faut encore quelquefois faire intervenir les tiraillements produits par la tension exagérée des membranes. En effet dans ces cas (hydramnios, grossesse gémellaire) dans lesquels il y a excès de tension de l'œuf, il est permis d'admettre que la traction subie par les membranes au niveau du col se transmet de proche en proche, de bas en haut de cette portion inférieure des

membranes aux portions voisines et supérieures, les décollant jusqu'au placenta, qui, à son tour, peut se décoller. Ce serait en somme une délivrance à rebours, le décollement des membranes précédant ici le décollement du placenta. Dans la première observation du D^r Bué notre explication trouve, nous semble-t-il, très logiquement sa place. Ici, en effet, il n'y a ni grossesse gémellaire, ni hydramnios, mais il y a un enfant d'un volume excessif, le résultat est le même, l'excès de tension de l'œuf avec toutes ses conséquences. Il s'agit d'une femme présentant un utérus remontant très haut malgré l'engagement prononcé de la tête et présentant tous les signes d'une hémorragie interne grave, avec très faibles écoulements de sang à l'extérieur.

Au toucher on ne sent aucun corylédon placentaire dans le col qui est suffisamment dilaté pour permettre d'intervenir. Les membranes sont intactes et tendues.

On se décide à intervenir pour terminer l'accouchement. L'enfant est mort, et après son extraction il vient une quantité assez grande de sang.

On introduit la main pour opérer la délivrance : le placenta est décollé et est amené avec des caillots volumineux. Le cordon mesure 52 centimètres.

Du reste nous possédons deux observations intéressantes sur le décollement prématuré du placenta inséré normalement par traction sur les membranes, pouvant servir de point d'appui à la théorie du glissement placentaire. Nous les reproduirons ici :

Observation III

Décollement prématuré du placenta inséré haut.

(Rédigée d'après les renseignements fournis par M. Gautret,
interne à la Maternité).

La femme F. C..., âgée de 27 ans, bien constituée et d'une bonne santé, réglée à 12 ans et toujours très bien réglée, eut un premier enfant à terme au mois d'octobre 1893. Elle fut accouchée au forceps pour lenteur d'expulsion. Notons de suite qu'elle n'est pas albuminurique. Devenue enceinte dans le courant du mois de décembre 1896, elle est examinée à la salle d'accouchement le 11 août 1897. Le ventre est volumineux, le palper donne une sensation de flot, le liquide amniotique semble abondant, et en effet le ballottement vaginal est très nettement perçu, plus que de raison chez une femme entrant dans le dernier mois de sa grossesse.

On peut admettre un certain degré d'hydramnios.

Le 25 août. — La femme se réveille dans la nuit avec un écoulement de sang assez abondant; elle est tenue au lit. Elle est examinée au moment de la visite à quatre heures du soir par le professeur Guillemet qui s'attend à trouver une insertion basse sinon vicieuse du placenta, malgré que le premier examen du 11 août n'ait donné aucune indication d'une semblable disposition.

Mais le toucher donne la sensation très nette d'un segment inférieur mince, n'étant doublé dans aucune de ses parties

d'un placenta, nulle part on ne trouve ce segment augmenté d'épaisseur.

On trouve au détroit supérieur la tête non engagée.

Le col est fermé, non effacé.

Les battements du cœur fœtal sont excellents.

La femme est tenue au lit et on lui prodigue les soins de toilette et d'asepsie vaginales et vulvaires habituels.

Le 26 et le 27 août, — L'hémorrhagie ne se reproduisant pas, elle est autorisée à se lever.

Les choses vont ainsi sans accident ni incident jusqu'au 3 septembre. Dans la nuit du 2 au 3 septembre, nouvelle hémorrhagie assez abondante. Le matin, à sa contre-visite, l'interne, M. Gautret, ne constate pas de commencement de travail.

A 1 heure du soir, le 3 septembre, les premières douleurs se font sentir, le début de la dilatation a lieu entre la perte de la nuit et l'apparition des premières douleurs. Elle est complète à 3 heures 20, c'est-à-dire environ 2 heures et demie après. La tête se dégage en occipito-pubienne à 6 heures 10, trois heures après la rupture des membranes.

Au moment de cette rupture on s'aperçoit que les membranes tombent à travers le col dilaté et le vagin, pour traverser l'orifice vulvaire et venir pendre de 9 à 10 centimètres en dehors des voies génitales. Ces membranes, entraînées par le liquide amniotique, s'enroulent sur elles-mêmes, en dehors de la vulve, et étant données leur longueur et leur épaisseur, représentent certainement une portion importante des enveloppes de l'œuf. Cette disposition permet de conclure immédiatement à une insertion du placenta sur un point élevé de la cavité utérine, segment supérieur, ou tout au moins segment moyen. Si, en effet, le placenta avait été inséré bas, dans le voisinage du col

ou sur le segment intérieur, on conçoit que la portion de membranes, se détachant du bord inférieur de ce placenta, le plus proche du col n'aurait jamais pu donner un faisceau membraneux assez long pour venir faire issue de 9 à 10 centimètres en dehors des voies génitales. Il a fallu pour que les membranes pussent faire une telle hernie à travers les voies génitales, que le point du placenta dont elles se sont détachées, fût lui-même éloigné du col d'une longueur au moins équivalente; encore faut-il tenir compte de la rétraction des membranes déchirées.

On ne peut pas dire en effet que ces membranes se sont détachées du bord supérieur du placenta, ce fait étant anatomiquement inexplicable.

L'examen du placenta, justifie du reste cette interprétation.

Nous trouvons un placenta de volume et de poids normaux sauf peut-être une légère échancrure sur son bord. Mais sur une longueur de dix-huit centimètres, à la périphérie du placenta, les membranes font *complètement défaut*; partout ailleurs, au contraire, au bord placentaire fait suite une large bande de membranes, lesquelles, dans le point diamétralement opposé au bord placentaire découronné mesurent la longueur très anormale de 37 centimètres.

Les cotylédons correspondant au bord placentaire dépourvu de membranes, sont, sur une longueur de quatre à cinq centimètres, pâles, décolorés, presque exangues c'est évidemment à leur niveau que s'est fait ce décollement le 25 août et le 3 septembre, c'est également à ce point que s'est faite la rupture de l'œuf. Ce fait prouve, d'une façon évidente, le mécanisme du décollement placentaire (quel que soit le point de l'insertion) sous l'influence de la tension des membranes, tension amenant une véritable traction sur le bord placentaire le plus bas sur la

paroi utérine. Ici le mécanisme a été évident bien que ni la vue, ni le toucher n'aient permis de faire un diagnostic direct ; mais l'étude des symptômes qui se sont déroulés rend pour nous l'interprétation des faits absolument évidente.

Nous avons une femme secondipare, dont l'utérus contient un œuf surdistendu par une quantité exagérée de liquide amniotique. Du fait de cette quantité de liquide, dès que les contractions utérines, dans les derniers temps de la grossesse, acquièrent une intensité tant soit peu notable, la tension des enveloppes de l'œuf devient elle-même pathologique. Les membranes résistantes supportent d'abord l'effet de la pression du liquide amniotique, puis leur effort porte sur le bord placentaire qui se décolle (première hémorrhagie du 25 août). Ce faible décollement a diminué, sans doute, dans une certaine mesure, la tension générale de l'œuf. Le 3 septembre les contractions utérines augmentent d'intensité, nouvelle exagération de tension de l'œuf et par conséquent traction des membranes sur la portion placentaire en voie de décollement, et augmentation de ce décollement (seconde hémorrhagie). Le travail suit son cours, le col se dilate, les membranes se rompent. Où se rompent-elles ? Sur le bord placentaire correspondant aux cotylédons qui se sont décollés le 25 août, et quelques heures avant la rupture, dans la nuit du 2 au 3 septembre.

Si les membranes eussent été minces, peu résistantes, comme cela arrive dans certains cas, ou bien si le placenta avait été inséré un peu plus bas et qu'alors la portion de membranes, en rapport avec le col de l'utérus n'eût pas eu une élasticité suffisante, ces membranes se fussent rompues ; au lieu d'une double hémorrhagie, on eut assisté à un accouchement prématuré. Professeur Pinard, *Annales de gynécologie*, 1886).

Si, au contraire, dans le second cas supposé d'insertion basse du placenta, les membranes eussent résisté, comme elles l'ont fait avec une insertion élevée, non seulement on eût pu assister à une hémorrhagie répétée, mais encore à un glissement placentaire, déterminant pour un accoucheur, appelé au dernier moment, n'ayant pas pratiqué d'avance l'examen du segment inférieur par le toucher, *une soi-disant insertion vicieuse*, insertion, vicieuse en réalité, par les dangers qu'elle eût fait courir à la mère et à l'enfant.

Observation IV

Recueillie à la clinique obstétricale, due à l'obligeance du professeur Guillemet.

Dans cette observation, le placenta était évidemment inséré très bas primitivement, et la femme n'ayant été examinée que tardivement, après le début du travail, il est difficile de dire s'il y a eu simplement décollement ou si ce décollement a été suivi d'un certain degré de glissement. Mais dans ce cas encore, étant données la présence de deux fœtus et une abondance exagérée de liquide amniotique, nous expliquons le décollement par l'excès de tension de l'œuf, ou pour mieux dire d'une des poches ovulaires, chaque fœtus ayant ses enveloppes distinctes, et la portion placentaire correspondante à une de ces poches ovulaires, s'étant seule décollée prématurément. C'est à titre de même mécanisme (décollement placentaire

par excès de tension de l'œuf) que nous nous croyons autorisé à joindre cette observation aux précédentes.

La femme J. R..., 21 ans, primipare, ouvrière dans une corderie, d'une bonne santé habituelle, ne possédant aucun antécédent pathologique, entre à la clinique obstétricale le 23 septembre 1897 à 11 heures et demie du soir.

Elle dit à la sage-femme avoir eu ses dernières règles du 2 au 12 décembre 1896 et n'avoir rien éprouvé d'anormal pendant tout le temps de sa grossesse.

Aujourd'hui seulement, à six heures du soir, au moment de quitter son travail, elle a été prise d'une hémorrhagie assez abondante. A sept heures et demie, en descendant son escalier, elle a fait une chute, peu grave du reste, qui, suivant elle, a augmenté la perte de sang. Mais, nous insistons sur ce point, que depuis une heure et demie déjà cette femme perdait abondamment. Sa chute dans l'escalier détermina les contractions utérines et la malade se décida à rentrer à la maternité.

Le ventre présente le volume d'une grossesse à terme, avec un développement plutôt exagéré, ce qui correspondrait bien à l'époque des règles.

Mais la sage-femme constate la présence dans l'utérus de deux fœtus (deux têtes au fond de l'utérus).

Ces fœtus sont vivants, mais les bruits cardiaques, perçus au niveau et de chaque côté de l'ombilic, sont faibles.

Bien que la paroi utérine n'offre pas une tension exagérée, le liquide amniotique est abondant, les fœtus en effet, sont mobiles, restent élevés au-dessus du détroit supérieur, malgré que les membranes soient tendues à travers un col effacé et ayant déjà subi un commencement notable de dilatation.

En pratiquant le toucher, M^{lle} Loizeau, sage-femme de la clinique, croit trouver immédiatement au-dessus de l'orifice cervical, à droite, le bord du placenta. Nous verrons plus loin que cette sensation était absolument exacte.

Donc : femme primipare, à terme, grossesse gémellaire, insertion basse d'un placenta, perçue par le toucher, le doigt arrivant facilement, à droite, sur un bord placentaire immédiatement superposé à l'orifice de dilatation, membranes tendues, s'engageant à travers l'orifice cervical, poche d'eaux en bouddin. Etat général de la femme bon, bruits du cœur fœtal faibles.

La sage-femme ne croit pas devoir nous faire prévenir et de fait la dilatation se fait régulièrement, l'hémorrhagie diminuant d'abondance ; et à 7 heures du matin, le lendemain, c'est-à-dire treize heures après l'apparition de l'hémorrhagie, le col est complètement dilaté.

A ce moment la poche d'eaux arrive à la vulve, la sage-femme la rompt et cette rupture est immédiatement suivie de l'expulsion par le siège d'un fœtus masculin vivant, mais très incomplètement développé, mesurant 34 centimètres et pesant 1050 grammes. Le cordon est coupé entre deux ligatures.

Immédiatement il se reforme une seconde poche d'eaux ; celle-ci se rompt spontanément à 7 h. 1/4, un quart d'heure après l'expulsion du premier fœtus, et sa rupture, comme pour le premier accouchement, est suivie immédiatement de l'expulsion du second fœtus, également masculin, se présentant, comme son jumeau, par le siège, pesant 1050 grammes, mesurant 36 centimètres.

Tous deux ne vivent qu'une heure.

A chaque rupture de membranes il y a eu écoulement d'une

quantité de liquide amniotique qui n'a pas malheureusement pu être mesurée, mais qui était notablement supérieure en totalité à la quantité normale dans une grossesse simple, fait en rapport du reste avec le faible volume du fœtus.

Tout d'abord cet accouchement gémellaire ne semble pas rentrer dans la catégorie des faits qui nous occupent; cependant, l'étude attentive que nous avons faite le lendemain des annexes fœtales nous porte à admettre qu'ici encore le décollement placentaire a eu pour cause un excès de tension ovulaire et à été consécutif aux tractions des membranes sollicitées par la pression du liquide amniotique, sous l'influence des contractions indolores des derniers temps de la grossesse. De plus, sans pouvoir l'affirmer, puisque nous n'avons pas été témoin et que dès son premier examen la sage-femme a reconnu au-dessus de l'orifice cervical, à droite, faisant suite aux membranes intactes, une masse plus épaisse qui n'était autre qu'un bord placentaire, sans pouvoir l'affirmer, disons-nous, nous ne serions pas éloigné d'admettre que dans ce cas encore, il y a eu un certain degré de glissement du placenta.

En effet la sage-femme a examiné la parturiente à 11 h. 1/2 le soir, mais cette femme avait commencé à perdre à six heures et elle avait des contractions utérines depuis 7 h. 1/2, de sorte qu'au moment de l'examen, le col avait déjà subi non seulement un effacement complet, mais encore un certain degré de dilatation.

De plus, en interrogeant la malade le lendemain, d'une façon plus serrée, nous avons appris que huit jours auparavant elle avait eu sa chemise mouillée par un écoulement peu abondant auquel elle n'avait pas pris garde parce qu'il était peu coloré, plutôt rosé que rouge.

Nous serions porté à croire que ce premier écoulement, peu coloré, était l'indice du décollement des membranes au pourtour du col, entre le col et le bord inférieur du placenta, celui-ci n'ayant été atteint par la tension des membranes que consécutivement, alors que depuis huit jours elles subissaient les efforts des contractions indolores de l'utérus, tension qu'elles avaient fini par transmettre au placenta et qui avait abouti à son décollement dans la soirée du 22 septembre.

Voyons maintenant quelle était la disposition des annexes fœtales : Les deux poches étaient complètes, autrement dit les fœtus étaient contenus dans deux cavités ovulaires séparées par un septum comprenant quatre membranes, deux chorions adossés, et deux amnios.

Les deux placentas formaient une masse unique avec cependant un vestige de division, représenté par un léger étranglement, au milieu à peu près de la masse totale.

Le poids total de la masse placentaire était de 500 grammes sa longueur de 20 centimètres, sa largeur au niveau de l'étranglement mesurait 13 centimètres.

Si maintenant on étudie isolément les deux parties du placenta, séparées par l'étranglement, et correspondant chacune à un œuf distinct, on trouve une première masse cotylédonnaire représentant un premier placenta plus volumineux, mesurant 17 centimètres dans son plus grand diamètre, c'est-à-dire dans le sens de sa largeur par opposition à la longueur totale.

Le plus petit placenta ne mesurait dans le même sens que 14 centimètres.

Chacune de ces masses placentaires avait une circulation indépendante. La plus petite était gorgée de sang ; elle répondait au premier fœtus expulsé. La plus grosse était au contraire

presque complètement exsangue, elle était décolorée. C'était elle qui s'était décollée prématurément et avait donné lieu à l'hémorrhagie avant le travail.

La portion correspondant au plus petit fœtus (expulsé le premier) offrait une couronne de membranes régulière, présentant partout, au niveau de la surface utérine, aussi bien qu'au niveau du septum, une longueur sensiblement égale.

Les membranes de ce premier œuf avaient été rompues artificiellement à la vulve.

Les membranes du second, au contraire, correspondant à la portion la plus importante du placenta, s'étaient rompues spontanément un quart d'heure plus tard. Une grande partie du bord libre de cette portion placentaire était découronnée, on n'y trouvait plus de membranes, ou tout au moins plus de chorion.

Or ce bord placentaire était justement celui qui dès le début du travail avait été rencontré par le toucher très bas, à droite, au dessus de l'orifice cervical. C'est lui qui dans les derniers temps de la grossesse avait subi la traction des membranes tendues sous la contraction utérine ; c'est à son niveau que s'était produit le décollement de l'hémorrhagie ; aussi, comme nous venons de le dire, cette portion du placenta était-elle décolorée sur une assez grande surface.

Nous croyons aussi pouvoir expliquer comment, bien que cette portion placentaire fût déclive et décollée prématurément, la cavité ovulaire qui lui correspondait ne s'est ouverte que la seconde, n'est venue se présenter à travers l'orifice cervical que la seconde pour donner naissance au second enfant.

A ce niveau, sans doute, les membranes ont offert à la pression utérine une plus grande résistance, les membranes de

l'autre œuf, plus élastiques, se laissent pousser à travers le col et le vagin, jusqu'à la vulve. On connaît les grandes variétés de rapport que peuvent offrir entre eux deux œufs dans la cavité utérine, de même que les différences d'extensibilité des membranes sur deux œufs distincts.

Aussi la même cause, résistance plus grande des membranes, a amené le décollement du placenta correspondant et a permis l'intégrité, jusqu'au dernier moment de l'œuf ouvert spontanément le dernier, la déchirure de cet œuf se faisant dans le point où les tractions devaient être le plus énergiques, c'est-à-dire sur le bord du placenta.

CHAPITRE IV

LÉGITIMITÉ DE CONCLURE A L'EXTRÊME RARETÉ DU VRAI PLACENTA PRÆVIA.

Peut-être, en lisant ce que nous venons d'écrire dans les chapitres précédents, nous objectera-t-on de vouloir supprimer de la pathologie obstétricale les cas d'insertion vicieuse du placenta centre pour centre, ou même seulement sur le col. Là n'a pas été notre but, nous avons cherché seulement à montrer que par le seul fait de la tension exagérée des membranes, et leur résistance plus grande qu'à l'habitude, comme cela se voit dans les cas d'insertion basse où les membranes vont en s'épaississant à mesure qu'on se rapproche du bord placentaire, d'où résulte une traction sur le placenta, nous avons voulu montrer, disons-nous, nous appuyant sur la clinique, qu'un placenta, inséré primitivement sur le segment inférieur, pouvait être amené secondairement, par glissement le long de la paroi utérine, sur l'orifice interne.

Ce qui découle naturellement de notre étude c'est qu'il est très difficile de poser un diagnostic ferme et à

l'abri de toute critique, de placenta prævia. Dans beaucoup de cas diagnostiqués placenta prævia, dans les derniers temps de la grossesse, après une ou plusieurs hémorrhagies, ou pendant le travail, au moment de l'intervention obstétricale, l'examen antérieur n'ayant pas été pratiqué, il y a eu probablement ou il a pu y avoir primitivement insertion seulement basse, transformée peu à peu, par tension des membranes, en présentation centre pour centre, autrement dit il s'est formé secondairement et d'une façon accidentelle un placenta prævia. Car même dans les cas où le doigt, introduit dans le col à la fin de la grossesse ou pendant le travail, tombe sur des cotylédons, même nettement reconnaissables, il ne faut pas s'empresser de conclure à un placenta prævia, car on est souvent susceptible de commettre une erreur. Pour conclure sûrement à un placenta prævia il faudrait trouver ces cotylédons adhérents.

Nos observations (chapitre I)₁ prouvent ce que nous avançons. En effet, dans le fait que nous avons eu sous les yeux à la Maternité, nous avons affirmé l'existence du placenta prævia, et nous étions, à notre avis, en droit de le faire, il a fallu que l'autopsie vienne nous montrer notre erreur. Dans le cas du professeur Guillemet la même erreur se fût imposée s'il était arrivé au moment du travail, mais il a pu suivre du doigt le placenta glissant peu à peu sur le col.

Notre opinion est encore étayée par les statistiques des classiques et des maîtres de l'obstétricie. D'après Ribemont, pour citer un classique, on observerait la variété d'insertion vicieuse dans laquelle le placenta serait entiè-

rement ou en très grande partie situé eu avant du fœtus une fois sur seize insertions vicieuses. Or comme les insertions vicieuses ne sont pas très fréquentes, on voit que le placenta prævia est très rare.

Le professeur Pinard, sur 6960 accouchements à Lariboisière, nota 26 insertions vicieuses du placenta ayant donné lieu à des hémorrhagies. Dans ces 26 cas l'insertion était marginale. Sans nier l'insertion centre pour centre il conclut qu'elle doit être très rare. Voici du reste ses propres paroles : « Je dois avouer que je n'ai pas « encore rencontré un seul cas d'insertion dite centrale « ou complète. Pendant mon internat à la Maternité, pendant mon clinicat, dans ma clientèle de ville, depuis que « je dirige le service d'accouchements de Lariboisière « je n'ai jamais vu que des insertions marginales. Plusieurs fois, il est vrai, on me dit que l'insertion était « centrale, mais un examen plus complet me permit de « reconnaître qu'à côté des cotylédons, qui paraissaient « être au centre de l'orifice, se trouvaient des membranes.

« Donc sans vouloir nier en aucune façon l'existence de « l'insertion dite centre pour centre, je la crois excessivement rare puisqu'en ne prenant que les chiffres fournis par la statistique de Lariboisière, depuis que je « dirige le service, on trouve sur 6960 accouchements, « 26 insertions vicieuses du placenta, ayant donné lieu à « des hémorrhagies. Et dans ces 26 cas, l'insertion était « marginale ». (*Annales de gynécologie*, mai 1886).

Depuis lors, nous dit M. Jouve dans sa thèse inaugurale (Thèse de Paris, mai 1892) cette statistique s'est

accrue, et elle apportait, en 1890, 52 insertions vicieuses avec hémorrhagies, sans plus d'insertion centrale que si elle n'existait pas.

Ce ne sont pas les seuls enseignements que l'on puisse tirer de la théorie du décollement du placenta par tiraillements des membranes, et de celle du glissement placentaire qui n'en est que le complément, on est conduit directement au traitement logique des accidents liés aux insertions basses.

CHAPITRE V

RÉSULTAT LOGIQUE DE TRAITEMENT PAR RUPTURE DE L'ŒUF.

On a préconisé beaucoup de méthodes pour arrêter les hémorrhagies liées aux insertions vicieuses du placenta. Nous ne nous attarderons pas à les passer en revue ; du reste, parmi elles, une seule nous a frappé, parce que seule elle s'attaque à la cause du décollement, source de l'hémorrhagie, et l'arrête ; nous voulons parler de la déchirure de l'œuf. Ce procédé n'est pas nouveau, Puzos et Mauriceau le conseillaient et l'employaient, ils en avaient reconnu les bons effets, toutefois sans interpréter les faits d'une façon exacte. Les accoucheurs employaient le même moyen à leur exemple, et à cette époque la rupture de l'œuf pour arrêter les hémorrhagies dans les cas de placenta inséré bas portait le nom de méthode de Puzos. Elle fut remise en honneur par le professeur Pinnard qui s'exprime ainsi dans un mémoire : « Il faut
« rompre les membranes car ce sont elles qui, en tirail-
« lant le placenta, le décolent et provoquent des pertes ;
« mais il ne suffit pas de rompre les membranes, il faut

« les rompre largement ; la perforation seule ne laissant
« après elle qu'un trou circulaire très petit, fait que l'hé-
« morrhagie persiste, on l'a vu. Il faut l'éclatement, la
« rupture sur une large étendue. Je suis très affirmatif
« et je n'ignore pas que j'assume une lourde responsa-
« bilité, mais depuis que j'emploie ce procédé je n'ai pas
« vu mourir une femme d'hémorrhagie. »

Non seulement on arrête l'hémorrhagie, mais on empêche, en supprimant l'agent de traction, que celle-ci amène le placenta sur le col, ce qui est non seulement un obstacle sérieux à l'accouchement naturel ou provoqué, mais encore un danger de mort pour l'enfant. Au moment d'intervenir, si le placenta recouvre déjà le col, on tâchera de trouver des membranes, si on n'en trouve pas on n'hésitera pas à rompre l'œuf par la perforation du placenta, mais dans ce cas, si la dilatation n'est pas faite, si on ne peut terminer de suite l'accouchement, on placera un ballon de Champetier.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS.

Si nous voulons résumer notre travail, nous pouvons formuler quelques conclusions que nous nous contenterons d'énumérer afin de ne pas tomber dans la redite :

I. — Le glissement sur l'orifice interne du col d'un placenta inséré primitivement bas, dans le voisinage plus ou moins immédiat du col, est possible ; les membranes tendues étant l'agent de traction le plus habituel et quelquefois aussi la présentation fœtale produisant des tiraillements.

II. — Dans certains cas, le même mécanisme est applicable au décollement prématuré d'un placenta inséré normalement. Ces cas viennent à l'appui de notre théorie du glissement placentaire.

III. — Dans bien des cas, le diagnostic : placenta præ-

via primitif, a pu être attribué à un placenta prævia par glissement.

IV. — Le traitement logique est la large ouverture de l'œuf.

Vu par le Président de la thèse

PINARD.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- MATHEWS DUNCAN. — Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique. Traduction Budin (1876).
- PINARD. — Annales de gynécologie, mai 1886. De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain.
- VARNIER. — Annales de gynécologie et d'obstétrique (juillet 1887)
- Mlle B. DYLION. — Thèse de Paris 1890. De l'insertion vicieuse du placenta. Essai de clinique thérapeutique.
- JOUVE. — Thèse de Paris 1892. — D'un nouveau traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta.
- Dr V. BUÉ. — Archives de tocologie et de gynécologie (juillet 1894)
Décollement prématuré du placenta à insertion normale
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique, édition 1895.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
CHAPITRE I : Observations.	12
CHAPITRE II : Mécanisme du glissement. — Rôle de la tension des membranes	35
CHAPITRE III : Preuve du rôle de la traction opérée par les membranes, tirée de certains cas de décollement préma- turé du placenta inséré sur les zones moyenne ou supérieure de l'utérus. — Observations.	47
CHAPITRE IV : Légimité de conclure à l'extrême rareté du vrai placenta prævia.	61
CHAPITRE V : Résultat logique de traitement par rupture de l'œuf	65
CONCLUSIONS.	67
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	69

